

## ***A Review of Borderline Personality Disorder in Adolescence***

**Muhammad Renaldi Irawan<sup>1\*</sup>, Muhammad Farras Abiyyu<sup>1</sup>, Nasywa Aulia Safitri<sup>1</sup>, Marwa Zileikhadira Manzalina<sup>1</sup>, Azizatul Adni<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Mataram

<sup>2</sup> Staf Pengajar Bagian Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Mataram

DOI: 10.29303/lmj.v2i1.2507

### **Article Info**

Received : 2 Mei 2023

Revised : 5 Mei 2023

Accepted : 29 Mei 2023

**Abstract:** Personality instability in adolescence that develops into BPD, can make adolescents experience long-term impairment conditions that can reduce the quality of social life, education and work in the future. Borderline Personality Disorder (BPD) is a condition where a person experiences a personality disorder characterized by emotional or mood instability, behavior, self-image and impulsive behavior that is difficult to control by showing symptoms of at least 5 of the 9 diagnostic criteria. It is said to be borderline or threshold because people with this disorder do not meet the characteristics of either neurosis or psychosis, so it is considered to be in between the two conditions.

The cause of BPD is unclear, but it is thought to be the result of genetic, psychosocial and neurobiological factors that influence brain development. Therapeutic modalities that can be given to people with BPD include Dialectical Behavioral Therapy (DBT), Mentalization-Based Treatment (MBT), Transference-Focused Psychotherapy (TFP), and Schema-Focused Therapy (SFT).

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, adolescents, emotional instability

### **Pendahuluan**

Masa remaja merupakan masa terjadinya suatu perubahan secara cepat dan ekstensif baik dari segi fisiologis, kognitif, sosial dan psikologis. Perkembangan seluruh aspek yang terjadi secara pesat pada masa ini memungkinkan peningkatan risiko dalam terjadinya gangguan kepribadian salah satunya ialah *borderline personality disorder* (BPD) (Kongerslev et al., 2015).

Pada masa remaja, didapatkan lima kepribadian yang dipelajari sebagai ciri-ciri normatif, yaitu ekstraversi, keramahan, kesadaran, neurotisme dan keterbukaan (Brandes et al., 2020). Namun, pada studi khusus, ditemukan bahwa selama masa awal remaja atau peralihan dari masa kanak-kanak ke masa remaja, terjadi penurunan dari keterbukaan, kewaspadaan serta stabilitas emosi dari remaja.

Adanya penurunan dalam sifat keterbukaan yaitu seperti banyaknya remaja yang mulai merasa tidak percaya diri dengan dirinya atau kemampuannya sendiri, lalu bersamaan dengan hal tersebut, maka akan muncul sifat agresif dan menyalahkan dirinya sendiri sebagai timbal balik dari suasana hatinya saat itu. Akibatnya, akan timbul sifat kewaspadaan pada lingkungannya dan mereka mulai merasa bahwa dirinya tidak sama atau kurang dibandingkan orang disekitarnya, lalu keadaan ini akan terus berulang hingga para remaja akan terjebak dalam keadaan tersebut dan sulit untuk mengontrol keadaan suasana hati mereka (Bleidorn et al., 2022; Borghuis et al., 2017; Luan et al., 2017).

Beratnya masa peralihan yang dialami remaja pada saat itu membuat masa remaja menjadi salah satu acuan yang dapat mengarah pada peningkatan risiko

Email: [aldialdot25@gmail.com](mailto:aldialdot25@gmail.com) (\*Corresponding Author)

dalam terbentuknya gangguan mental, salah satunya adalah BPD. Adanya kerentanan tersebut, membuat masa remaja menjadi kunci dalam periode pengembangan sifat yang perlu ditinjau lebih dalam (Bleidorn et al., 2022; Borghuis et al., 2017; Luan et al., 2017).

Ketidakstabilan kepribadian pada masa remaja yang berkembang menjadi BPD, dapat membuat remaja mengalami kondisi gangguan jangka panjang yang dapat menurunkan kualitas kehidupan sosial, pendidikan serta pekerjaan di masa yang akan datang (Kongerslev et al., 2015; Winsper et al., 2015; Sharp et al., 2018). Oleh karena itu, penting untuk mengetahui dan memahami mengenai perubahan-perubahan yang terjadi pada remaja salah satunya ialah yang mengarah pada gangguan kepribadian seperti BPD dan mempelajari setiap pencegahan serta tatalaksana yang dapat diberikan untuk mengatasi kejadian tersebut.

Pada studi meta-analisis dan tinjauan sistematis global yang dilakukan oleh Cambridge, didapatkan bahwa setiap jenis gangguan kepribadian mencakup BPD, memiliki prevalensi 7,8% pada populasi global. Jumlah ini ditemukan lebih tinggi pada negara-negara dengan penghasilan tinggi dibandingkan dengan negara dengan penghasilan menengah ke bawah (Winsper et al., 2019).

Prevalensi yang didapatkan dari kejadian BPD pada *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) jilid 2, yaitu berkisar 1,4%. Sedangkan, menurut data yang diperoleh dari *National Epidemiologic Survey* (NES) yaitu berjumlah 5,9%. Selain itu, ditemukan juga dari tujuh penelitian epidemiologi (enam diantaranya dilakukan di Amerika Serikat), didapatkan bahwa prevalensi rata-rata kejadian BPD mencapai 2,7%. Kejadian BPD pada pusat perawatan primer memiliki persentase 6%, lalu didapatkan 10% pada individu dengan rawat jalan pada klinik kesehatan mental dan 20% harus menjalani rawat inap psikiatri (APA, 2022).

## Metode

### Kriteria Seleksi

Kriteria kelayakan merupakan sebuah proses penentuan penerimaan suatu studi yang dilakukan secara cermat dalam menentukan studi dan sampel mana yang dapat dimasukkan dalam tinjauan tertentu. Selain itu, menetapkan kriteria inklusi serta menyediakan kerangka kerja yang memungkinkan peneliti untuk membatasi bias sehingga dapat menjamin keabsahan penelitian serta akses ke data

melalui proses yang akurat. Berikut adalah kriteria inklusi dan eksklusi dari tinjauan ini.

### Inklusi

Desain Studi: tinjauan ini akan mencakup studi apapun tentang gangguan kepribadian ambang.

Populasi: Studi ini akan mencakup studi yang berfokus pada kelompok usia remaja.

Intervensi/kontrol: tinjauan ini akan berfokus pada studi yang mengobservasi gangguan kepribadian ambang pada remaja dan tindakan pencegahan yang dapat dilakukan terhadapnya.

Hasil: setiap hasil prediktif terkait (termasuk diskriminasi)

### Eksklusi

Studi ini akan mengecualikan hal-hal berikut:

1. Studi yang masih merekrut peserta.
2. Studi tentang skrining dan deteksi dini.
3. Studi yang dilakukan pada hewan.

## Hasil dan Diskusi

### Definisi

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR), *Borderline Personality Disorder* (BPD) adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami gangguan kepribadian yang ditandai dengan ketidakstabilan emosi atau suasana hati, perilaku, citra diri dan perilaku impulsif yang sulit untuk dikendalikan dengan menunjukkan gejala setidaknya 5 dari 9 kriteria diagnostik. Dikatakan *borderline* atau ambang karena orang dengan gangguan ini tidak memenuhi karakteristik gangguan neurosis ataupun psikosis, sehingga dianggap berada di antara kedua kondisi tersebut (Chapman, Jamil & Fleisher, 2022).

Seseorang yang mengidap BPD akan mengalami kesulitan untuk mengontrol emosi dan sering terlibat dalam hubungan yang tidak stabil sehingga menimbulkan masalah kedalam kehidupannya baik itu dengan keluarga, partner, atau teman. Hal ini disebabkan BPD memengaruhi cara berpikir dan cara pandang seseorang terhadap penderitanya dan orang lain. Pikiran yang mengganggu ini juga memicu penderita BPD untuk merasa cemas berlebih, marah, sedih, takut ditolak, tidak berarti (Kulacaoglu & Kose, 2018; National Institute of Mental Health, 2022).

## Etiologi

Penyebab dari BPD belum diketahui dengan jelas, namun diduga gangguan ini merupakan hasil dari keterlibatan antara genetik, psikosial dan neurobiologis yang memengaruhi perkembangan otak

### 1. Genetik

Peran genetik dalam pembentukan *borderline personality* masih belum menemukan titik terang. Sebagian penelitian menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara genetik dengan BPD dikarenakan adanya keterlibatan faktor lain yang turut serta dalam pembentukannya. Meskipun demikian, menurut beberapa penelitian seseorang yang memiliki anggota keluarga (seperti orang tua atau saudara) dengan gangguan kepribadian, dalam hal ini adalah BPD, lebih berisiko untuk mengalami kondisi tersebut (Stepp, Lazarus & Byrd, 2016).

Menurut studi yang dilakukan Bornolova dkk pada tahun 2009 dalam Amad dkk (2014) menyatakan bahwa sifat-sifat yang ada pada BPD dapat diturunkan secara moderat dan cenderung menurun pada usia 14-24 tahun. Para peneliti itu juga menunjukkan bahwa stabilitas sifat-sifat BPD sangat dipengaruhi oleh faktor genetik dan dapat sedikit dipengaruhi faktor lingkungan juga (Amad *et al*, 2014). Selain itu, studi oleh Fatimah dkk (2019) melaporkan kondisi psikopatologi orang tua dan adanya sifat BPD pada ayah berkontribusi untuk meningkatkan risiko genetik dalam menurunkan sifat BPD, namun sifat BPD yang ada pada ibu serta pola asuh orang tua yang buruk menjadi risiko untuk perkembangan sifat gangguan ini.

### 2. Psikososial

Psikososial dalam hal ini termasuk lingkungan dan pengalaman traumatis masa kanak-kanak. Banyak dari penderita BPD mengalami pengalaman yang traumatis, seperti pelecehan, pengabaian, kekerasan atau penelantaran saat masa kanak-kanak. Trauma psikologis tersebut telah dibuktikan terlibat dalam perkembangan disosiasi dan menunjukkan interaksi yang kompleks terhadap faktor risiko BPD lainnya (genetik dan neurobiologis) dan pengalaman hidup yang penuh tekanan (Krause-Utz *et al.*, 2017). Pengalaman kehidupan tidak menyenangkan itu dianggap sebagai stressor yang ketika diukur pada waktu anak-anak dan remaja dapat memprediksi adanya gejala BPD di masa dewasa mendatang. Beberapa penelitian telah menunjukkan

terdiagnosisnya BPD berkaitan dengan pengalaman masa kanak-kanak yang traumatis dan persentasenya berkisar antara 30-90% (Stepp, Lazarus & Byrd, 2016; Cattane *et al*, 2017).

Perkembangan BPD terjadi ditandai dengan intoleransi terhadap ekspresi dari kondisi emosional pribadi yang dialami selama masa kanak-kanak. Hal tersebut datang terutama dari keluarga, bagaimana hubungan keluarga terlebih antara orang tua dan anak, cara pengasuhan orang tua dan bagaimana suasana yang diciptakan pada lingkungan keluarga tersebut. Akibatnya, anak yang berada di lingkungan seperti itu akan menunjukkan dan mengarahkan mereka kepada tidak bisa memahami, mengatur atau mentolerir perasaan emosional mereka. Anak-anak tersebut akan terhanyut antara hambatan emosional dan emosi labil yang parah (Cattane *et al*, 2017).

### 3. Neurobiologis

*Borderline personality disorder* telah banyak diteliti dengan studi neuroimaging berupa MRI untuk mengetahui kondisi struktural dan fungsional dari penderita BPD selama beberapa tahun ini untuk mendeteksi kemungkinan adanya perubahan yang mendasari perilaku emosional penderita. Beberapa studi telah dilakukan pada penderita BPD, dan menunjukkan bahwa terdapat perubahan secara struktural dan fungsional pada penderita BPD, terutama di area struktur limbik dan korteks frontal. Area ini terkait dengan tanda khas dari gangguan tersebut yaitu impulsif, agresi dan reaktivitas emosional. Sejumlah penelitian sebelumnya telah meneliti perubahan volume di area limbik dan paralimbik dan menunjukkan adanya penurunan volume di amigdala dan hippocampus pada penderita BPD (Cattane *et al*, 2017; Ding & Hu, 2021). Hal ini juga didukung oleh sebuah penelitian yang membandingkan kondisi penderita BPD dengan orang sehat dan melaporkan terdapat pengurangan volume bilateral di hipokampus, amigdala dan lobus temporal medial (Kreisel *et al*, 2015; Kulacaoglu & Kose, 2018). Sejumlah penelitian juga menunjukkan bahwa jaringan disfungsi daerah fronto-limbik, termasuk hiperreaktivitas dan berkurangnya rekrutmen daerah frontal selama serangan emosional dapat mendasari disregulasi emosi pada penderita BPD (Krause-Utz *et al*, 2015).

## Patofisiologi

*Borderline Personality Disorder* (BPD) umumnya terjadi pada masa remaja dan menunjukkan puncak

keparahan pada masa dewasa awal. namun, gejala BPD cenderung akan membaik seiring bertambahnya usia (Schmahl *et al.*, 2014). Sebuah studi analitik melaporkan bahwa terdapat tiga domain inti psikopatologi yang menyebabkan BPD yaitu disregulasi afektif, gangguan interpersonal, dan disregulasi perilaku. Dari sisi sosio biologis, gangguan interpersonal pada pasien BPD dapat diidentifikasi melalui beberapa perilaku seperti perasaan hati yang sangat sensitif, merasa bahwa dirinya selalu salah, menganggap semua orang adalah lawan dan sulit bekerja sama dalam tim. Hal ini juga berkaitan erat dengan pengalaman tidak menyenangkan atau trauma masa kecil yang dialami oleh pasien seperti kekerasan seksual, kehilangan orang terdekat, atau masalah keluarga sehingga menjadi penyebab disfungsi kognisi sosial yang membuat pasien sulit bersosialisasi dan mengontrol emosi pada orang lain. Secara umum, antartiga domain tersebut patomekanismenya berkaitan satu sama lain karena dipandang sebagai sebuah mekanisme sirkular (Mirkovic *et al.*, 2021).

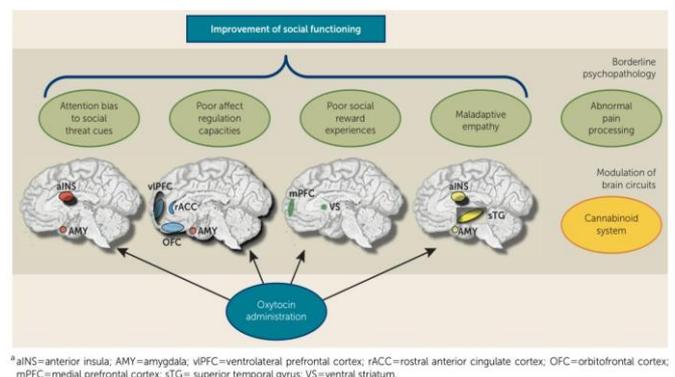
#### a. Gangguan Interpersonal

Salah satu hal yang paling sering ditemukan pada pasien BPD adalah gangguan interpersonal yang tidak stabil (sayang atau benci pada orang lain), gangguan identitas diri, tindakan impulsif, afek yang tidak stabil (sedih, menangis, marah-marrah), merasa hampa, dan ide paranoid (merasa bahwa semua orang bersekongkol untuk melawan dirinya) (Daros, Zakzanis and Ruocco, 2013). Menariknya, bias terhadap informasi negatif pada pasien BPD ini tercermin dalam data pencitraan otak yang menunjukkan peningkatan respon amigdala yang berkepanjangan serta peningkatan aktivitas saraf di insula anterior otak (Ruocco *et al.*, 2013). Amigdala dan insula anterior bersatu untuk melakukan aspek fungsional bersama korteks singularis anterior yang memediasi proses awal untuk evaluasi stimulus yang masuk ke otak. Stimulus kemudian direspon sebagai sesuatu yang diprioritaskan untuk pemusatan perhatian. Namun pada pasien BPD stimulus yang diterima selalu direspon sebagai sesuatu yang negatif sehingga amigdala bekerja keras untuk mengeluarkan sinyal bahwa stimulus yang diterima merupakan ancaman bahaya. Selain itu, isyarat ancaman yang diterima oleh amigdala membuat hipotalamus mengeluarkan hormon stress yang lebih besar dan modulasi medulla oblongata untuk memulai refleks otomatis seperti berlari, berteriak dan menangis sebagai respon terhadap ancaman (Kuhlmann *et al.*, 2013).

#### b. Disregulasi Afektif dan Disregulasi Perilaku

Pasien BPD diketahui menunjukkan gejala disregulasi afektif dan perilaku yang membuat pasien sulit membuat pasien sulit untuk mengontrol perilaku serta emosinya sendiri. Pasien BPD cenderung selalu merasakan emosi negatif seperti marah, kesal, dan cemas. Keadaan ini menunjukkan aktivitas saraf abnormal di area korteks prefrontal medial dan lateral yang mengontrol dan memodulasi aktivitas emosional. Dalam sebuah studi neuroimaging menunjukkan hasil hipometabolisme prefrontal selama proses disregulasi berlangsung (Ruocco *et al.*, 2013). Area prefrontal dan area limbik yang terlibat dalam mempengaruhi strategi regulasi perilaku dan afektif serta emosi juga menunjukkan perubahan struktural pada pasien BPD (Niedtfeld *et al.*, 2013).

Patofisiologi BPD kemungkinan merupakan kombinasi dari predisposisi genetik yang dikombinasikan dengan faktor lingkungan pada masa kanak-kanak dan disfungsi neurobiologis. Pemahaman yang lebih besar tentang neurobiologi dan, khususnya, disfungsi neurotransmitter dapat mengarah pada pilihan terapi yang lebih baik untuk mengobati BPD. Sebuah studi terbaru yang diterbitkan pada tahun 2015 meneliti peran oksitosin dalam pengaturan kurangnya penghargaan sosial dan empati sebagai penyebab BPD dan gangguan kepribadian lainnya. Secara khusus, disregulasi serotonin yang mengurangi sensitivitas reseptor 5HT-1A dapat menyebabkan BPD. Hal ini dikarenakan pada pasien BPD yang memiliki kecenderungan berperilaku impulsif dan agresif secara konsisten ditemukan telah mengurangi konsentrasi cairan serebrospinal (CSF) dari metabolit 5HT-1A. Peningkatan angka gangguan belajar, gangguan defisit perhatian/hiperaktivitas, dan defisit neurokognitif, serta temuan elektroensefalografi yang abnormal, juga telah dilaporkan pada pasien dengan gangguan kepribadian ambang (Foxhall, Hamilton-Giachritsis and Button, 2019).



Gambar 1. Patomekanisme BPD (Herpertz and Bertsch, 2015)

Gambar di atas menjelaskan bagaimana tiga domain inti psikopatologi BPD yaitu disregulasi afektif, gangguan interpersonal, dan disregulasi perilaku dipengaruhi oleh berbagai aspek yang pernah dialami oleh pasien seperti penolakan lingkungan sosial terhadap dirinya, kurangnya penghargaan terhadap dirinya dari orang lain, dan pengalaman buruk di masa lalu. Hal inilah yang kemudian menjadikan pasien BPD mengalami abnormalitas dalam memproses emosi dan empati sehingga emosi pasien BPD sangat tidak stabil. Adanya fakta tersebut juga tidak lepas dari adanya perubahan-perubahan struktural pada bagian otak tertentu yang meregulasi emosi.

### Manifestasi Klinis

Inti dari *borderline personality disorder* adalah ketidakstabilan hubungan interpersonal, cita diri yang negatif dan bersifat implusif terutama dalam mengekspresikan emosi, mengendalikan suasana hati serta menunjukkan kecenderungan bunuh diri kronis (Mendez-Miller *et al.*, 2022). Menurut DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), Karakteristik utama dari BPD adalah ketidakstabilan dan impulsif. Biasanya, jarang pasien ke dokter dengan keluhan BPD. Terutama pada remaja, biasanya mereka hanya menganggap dirinya dalam proses pengembangan sifat yang tanpa disadari hal ini sudah berkembang menjadi sesuatu yang berlebihan dan diluar takarannya. Presentasi seringkali dipicu oleh masalah kejiwaan lain yaitu, penyalahgunaan zat, perubahan suasana hati, perilaku bermasalah seperti pola makan yang tidak normal, menyakiti diri sendiri atau masalah hubungan (Cailhol *et al.*, 2014).

Menurut DSM-5, BPD merupakan pola pervasif dari ketidakstabilan hubungan interpersonal, citra diri, dan afek serta impulsif yang terlihat dengan setidaknya lima atau lebih dari kriteria berikut (Chapman, Jamil & Fleisher, 2022):

1. Perasaan hampa yang berlangsung lama
2. Ketidakstabilan emosional sebagai reaksi terhadap peristiwa sehari-hari seperti sulit dalam mengontrol amarah dan mood yang sering berubah-ubah
3. Usaha panik guna untuk menghindari pengabaian yang bersifat nyata atau khayalan
4. Gangguan identitas, ditandai dengan citra diri yang tidak stabil secara nyata atau persisten
5. Perilaku impulsif yang berpotensi merusak diri sendiri

6. Kemarahan yang tidak pantas dan intens, kesulitan mengendalikan emosi, kemarahan yang terus-menerus sampai perkelahian fisik
7. Adanya ide paranoid sementara atau gejala disosiatif yang parah
8. Memiliki sebuah hubungan yang intens tetapi tidak stabil
9. Ketidakstabilan afektif yang disebabkan oleh suasana hati yang nyata, seperti disforia episodik yang intens, kecemasan, cepat marah, dan biasanya berlangsung beberapa jam dan jarang lebih dari beberapa hari.

Remaja dengan BPD lebih mungkin datang ke perawatan klinis dengan manifestasi BPD yang lebih akut seperti menyakiti diri sendiri, perilaku bunuh diri, dan impulsif dibandingkan dengan manifestasi temperamental seperti gangguan identitas, hubungan yang tidak stabil, dan ketakutan akan pengabaian (Gunderson *et al.*, 2018).

Tabel 1. Klasifikasi Gejala BPD (Mendez-Miller *et al.*, 2022).

Dimensi	Gambaran Klinis
Emosi Disregulasi	Suasana hati yang intens, perubahan suasana hati yang tiba-tiba, meningkatnya amarah, menyakiti diri sendiri, meningkatkan risiko bunuh diri
Masalah Antar Pribadi	Kesepian dan kehampaan kronis, kecerobohan dan impulsif, takut ditinggalkan, upaya gigih untuk menghindari perasaan tidak diterima dan/atau tidak dicintai
Gangguan Identitas Diri	Impuls agresif, kurangnya rasa diri yang terintegrasi, citra diri tidak stabil yang terus-menerus, paranoia sementara, dan/atau gejala disosiatif yang parah

Jadi, pada tabel di atas menjelaskan klasifikasi gejala BPD yang dibagi menjadi tiga dimensi yaitu emosi disregulasi, masalah antar pribadi, dan gangguan identitas diri. Dari masing-masing dimensi tersebut menjelaskan berbagai gambaran klinisnya dan beberapa diantaranya sangat umum ditemui pada masa remaja, seperti perubahan suasana hati yang tidak menentu, adanya perasaan kesepian, menganggap bahwa dirinya tidak diterima dalam

pergaulan sekitar, kurangnya rasa percaya diri dan perasaan bahwa tidak memiliki jati diri yang sesungguhnya atau cenderung mengikuti pengaruh orang sekitarnya.

## Tatalaksana

### a. *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT)

Salah satu modalitas psikoterapi yang baik dan tersedia secara luas untuk pengobatan BPD adalah DBT (Sachdeva *et al.*, 2015). Berdasarkan pengalaman klinis pasien BPD yang mendapatkan intervensi terapi perilaku kognitif standar, pasien selanjutnya diberikan intervensi DBT yang menggabungkan konsep dialektika dan strategi validasi ke dalam pengobatan pasien BPD. Terapi DBT ini berfokus pada perbaikan keterampilan dan pemulihan perilaku dari pasien BPD. DBT menafsirkan bahwa BPD merupakan akibat dari adanya hubungan individu dengan lingkungannya yang tidak baik yaitu keluarga, sekolah, pergaulan, dan tempat kerja yang tidak menanggapi dan memahami kerentanan dari pasien BPD. Dengan DBT, pasien BPD dapat menjadi lebih efektif dalam mengelola kepekaan dan interaksi mereka dengan orang lain melalui perbaikan keterampilan yang memungkinkan mereka untuk lebih bisa mentolerir tekanan, mengatur emosi, dan mengelola hubungan sosial (Choi-Kain *et al.*, 2017).

### b. *Mentalization-Based Treatment* (MBT)

Terapi MBT mengacu pada kapasitas yang dikembangkan manusia untuk membayangkan dan mengeksplorasi pikiran dan perasaannya sendiri juga perasaan orang lain (Jørgensen *et al.*, 2013). Terapi ini menitikberatkan pada kondisi untuk selalu berpikir sebelum bertindak atau bereaksi. Terapi MBT akan memberikan suasana yang aman dan nyaman dimana pasien akan mulai menelaah dan mengeksplorasi perasaannya hingga akhirnya dapat mengembangkan kapasitas mereka untuk mentalitas (Choi-Kain *et al.*, 2017).

### c. *Transference-Focused Psychotherapy* (TFP)

*Transfer* atau pemindahan merupakan inti dari TFP, dimana pasien akan bertemu dengan terapis untuk mengeksplorasi bagaimana pengalaman masa lalu mempengaruhi keadaan mereka saat ini (Linehan *et al.*, 2015). Tujuan utama TFP adalah menyatukan bagian-bagian emosional pasien yang terpisah melalui proses yang disebut dengan integrasi. Tujuan TFP tidak hanya mengubah perilaku seseorang, tetapi juga mengubah emosi dan kesadaran diri mereka. Terapis akan mengamati perasaan pasien dari waktu ke waktu dan

bagaimana mereka mengekspresikan emosinya (Choi-Kain *et al.*, 2017).

### d. *Schema-Focused Therapy* (SFT)

Terapi yang berfokus pada skema (SFT) adalah terapi kognitif integratif yang berfokus untuk menghasilkan perubahan struktural pada kepribadian pasien. Terapi ini berfokus pada upaya untuk mengubah memori mengenai pengalaman traumatis menjadi pola pikir, perasaan, dan perilaku yang lebih sehat sehingga pengalaman traumatis itu tidak lagi mengontrol kehidupan mereka. Dalam prosesnya, terapis akan menggunakan berbagai metode seperti teknik perilaku, kognitif, dan pengalaman yang berfokus pada hubungan terapeutik (Choi-Kain *et al.*, 2017).

## Pencegahan

Pencegahan terhadap BPD tidak dapat dilakukan sepenuhnya, namun risiko terjadi dan keparahannya dapat dikurangi. Pencegahan dan intervensi dini pada BPD harus dilakukan sebagai upaya untuk mengatasi gangguan mental berat lainnya yang bisa saja terjadi seperti gangguan *mood* dan psikotik. Upaya tersebut dapat dengan membantu penderita BPD dalam mengatasi keadaan yang sedang dialami. Penderita BPD mungkin tidak dapat melihat manfaat dari pengobatan terutama jika pengobatan sebelumnya tidak berhasil. Ketika dihadapkan oleh situasi yang sulit, penderita BPD cenderung menanggapi saran yang diberikan dengan perasaan marah atau defensif. Hal ini terjadi karena kerumitan masalah yang mereka hadapi dan persepsi bahwa mereka 'kebal' terhadap pengobatan (Chanen, Sharp & Hoffman, 2017).

Keluarga dan kerabat memiliki peran penting dalam membantu penderita BPD. Penelitian lainnya menunjukkan bahwa dengan mengikutsertakan anggota keluarga dan kerabat dekat dapat membantu mendukung pengobatan penderita BPD. Terutama pada masa remaja, mereka cenderung sangat membutuhkan *support system* yang paling dekat yaitu kedua orang tuanya dan teman-teman sebayanya. Selain itu juga, ini memungkinkan mereka untuk bisa mengembangkan pemahaman mengenai kondisi dari penderita BPD. Sangat penting bagi mereka yang memiliki kerabat penderita BPD untuk memahami bahwa kondisi gangguan ini tidak lebih seperti gangguan kesehatan fisik. Juga sangat membantu untuk mengetahui jika kondisi BPD ini merupakan kondisi dari suatu interaksi antara genetik, biologi dan lingkungan, tidak semata-mata berpikir perilaku tersebut sebagai niat mereka sendiri (Chanen &

Thompson, 2014; National Institute of Mental Health, 2022).

## Kesimpulan

Masa remaja merupakan salah satu fase yang menjadi titik penting dalam periode pengembangan kepribadian seseorang. Dalam fase ini, ditemukan adanya perubahan secara masif terhadap aspek-aspek kepribadian, baik dalam segi fisiologis, kognitif, sosial dan psikologis. Perubahan singkat tersebut memungkinkan peningkatan risiko terjadinya gangguan kepribadian yang salah satunya dapat mengarah pada kejadian *borderline personality disorder* (BPD).

*Borderline Personality Disorder* (BPD) merupakan salah satu dari banyak jenis gangguan kepribadian yang ditandai dengan ketidakstabilan emosi, perilaku, citra diri dan perilaku impulsif yang cukup sulit untuk dikendalikan. Penyebab dari BPD hingga saat ini masih belum dapat diketahui secara pasti. Namun, dalam beberapa penelitian, adanya keterlibatan genetik, psikososial dan neurobiologis dapat menjadi faktor penentu dalam munculnya kejadian BPD.

Pasien dengan BPD cenderung datang ke pusat perawatan klinis dengan membawa beberapa manifestasi klinis seperti keinginan untuk menyakiti diri sendiri, bunuh diri dan munculnya perilaku impulsif yang tidak terkendali. Dalam penatalaksanaannya, dilakukan beberapa terapi untuk mengurangi keparahan dari BPD, seperti menerapkan *dialectical behavior therapy* (DBT), *mentalization-based treatment* (MBT), *transference-focus psychotherapy* (TEP) dan *schema-focused therapy* (SFT).

## Daftar Pustaka

- Aleva, A. *et al.* (2022) "Adolescence as a Peak Period of Borderline Personality Features? A Meta-Analytic Approach", *European Journal of Personality*, 0(0), pp. 1-17. doi: 10.1177/08902070221134652.
- Amad, A. *et al.* (2014) "Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model", *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 40, pp. 6-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>
- Bozatello, P. *et al.* (2021) "Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection", *Diagnostics*, 11(2142), pp. 1-36. doi: <https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142>.
- Cattane, N. *et al.* (2017) "Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms", *BMC Psychiatry*, 17(221), pp. 1-14. doi: 10.1186/s12888-017-1383-2.
- Chanen, A. M., Sharp, C. and Hoffman, P. (2017) 'Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority', *World Psychiatry*, 16(2), pp. 215-216. doi: 10.1002/WPS.20429.
- Chanen, A. M. and Thompson, K. (2014) 'Preventive Strategies for Borderline Personality Disorder in Adolescents', *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1(4), pp. 358-368. doi: 10.1007/s40501-014-0029-y.
- Chapman, J., Jamil, R. T. and Fleisher, C. (2022). *Borderline Personality Disorder*. In: StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls.
- Choi-Kain, L. W. *et al.* (2017) 'What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder', *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), pp. 21-30. doi: 10.1007/s40473-017-0103-z.
- Daros, A. R., Zakzanis, K. K. and Ruocco, A. C. (2013) 'Facial emotion recognition in borderline personality disorder', *Psychological Medicine*, 43(9), pp. 1953-1963. doi: 10.1017/S0033291712002607.
- Ding, J. B. and Hu, K. (2021) 'Structural MRI Brain Alterations in Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder', *Cureus*, 13(7), pp. 1-9. doi: 10.7759/cureus.16425.
- Fatimah, H. *et al.* (2020) "Familial factors and the risk of borderline personality pathology: genetic and environmental transmission," *Psychological Medicine*, pp. 1-11. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291719001260>.
- Foxhall, M., Hamilton-Giachritsis, C. and Button, K. (2019) 'The link between rejection sensitivity and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis', *British Journal of*

- Clinical Psychology*, 58(3), pp. 289–326. doi: 10.1111/bjc.12216.
- Guilé, J. M. *et al.* (2018) "Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies", *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, pp. 199-210. doi: 10.2147/ahmt.s156565.
- Gunderson, J. G. *et al.* (2018) 'Borderline personality disorder', *Nature Reviews Disease Primers*, 4(18029), pp. 1–21. doi: 10.1038/nrdp.2018.29.
- Herpertz, S. C. and Bertsch, K. (2015) 'A new perspective on the pathophysiology of borderline personality disorder: A model of the role of oxytocin', *American Journal of Psychiatry*, 172(9), pp. 840–851. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15020216.
- Jørgensen, C. R. *et al.* (2013) 'Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: A randomized trial', *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), pp. 305–317. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01923.x.
- Kienast, T. *et al.* (2014) "Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction", *Dtsch Arztebl*, 111(6), pp. 208-206. doi: 10.3238/arztebl.2014.0280.
- Kulacaoglu, F. and Kose, S. (2018) "Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos, and Awe", *Brain Sciences*, 8(11), pp. 1-11. doi:10.3390/brainsci8110201.
- Krause-Utz, A. *et al.* (2017) "Dissociation and Alterations in Brain Function and Structure: Implications for Borderline Personality Disorder", *Curr Psychiatry Rep*, 19(6), pp. 1-22. DOI 10.1007/s11920-017-0757-y.
- Kreisel, S. H. *et al.* (2015) 'Volume of hippocampal substructures in borderline personality disorder', *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 231(3), pp. 218–226. doi: 10.1016/j.psychres.2014.11.010.
- Linehan, M. M. *et al.* (2015) 'Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis', *JAMA Psychiatry*, 72(5), pp. 475–482. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3039.
- Mendez-Miller, M., Naccarato, J. and Radico, J. A. (2022) "Borderline Personality Disorder", *American Family Physician*, 105(2), pp. 156-161.
- Mirkovic, B. *et al.* (2021) "Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation", *BMC Psychiatry*, 21(393), pp. 1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>
- National Institute of Mental Health. (2022). Borderline Personality Disorder (NIH Publication No. 22-MH-4928). U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health. Diakses pada 26 Maret 2021, dari <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/borderline-personality-disorder/borderline-personality-disorder.pdf>
- Niedtfeld I, I. *et al.* (2013) 'Voxel-Based Morphometry in Women with Borderline Personality Disorder with and without Comorbid Posttraumatic Stress Disorder', *PLoS ONE*, 8(6), pp. 6–11. doi: 10.1371/journal.pone.0065824.
- Ruocco, A. C. *et al.* (2013) "Neural Correlates of Negative Emotionality in Borderline Personality Disorder: An Activation-Likelihood-Estimation Meta-Analysis", *Biol Psychiatry*, 73(153), pp. 153-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.07.014>
- Sachdeva, S. *et al.* (2013) 'Naturalistic Outcomes of Evidence-Based Therapies for Borderline Personality Disorder at a University Clinic: A Quasi-Randomized Trial', *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61(3), pp. 578–584. doi: 10.1177/0003065113490637.
- Schmahl, C. *et al.* (2014) "Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit", *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(12), pp. 1-17. doi: 10.1186/2051-6673-1-12.
- Stepp, S. D., Lazarus, S. A. and Byrd, A. L. (2016) "A Systematic Review of Risk Factors Prospectively Associated with Borderline Personality Disorder: Taking Stock and Moving Forward", *Personality*

- Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(4), pp. 316-323. doi: 10.1037/per0000186.
- Wapp, M. et al. (2015) 'Risk factors for borderline personality disorder in treatment seeking patients with a substance use disorder: An international multicenter study', *European Addiction Research*, 21(4), pp. 188-194. doi: 10.1159/000371724.
- Zanarini, M. C. et al. (2019) 'Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Adolescents', *Journal of Personality Disorders*, 33, p. 425.
- Kongerslev M. T., Chanen A. M., Simonsen E. (2015). Personality disorder in childhood and adolescence comes of age: A review of the current evidence and prospects for future research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3(1), 31-48. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2015-004>
- Winsper C., Marwaha S., Lereya S. T., Thompson A., Eyden J., Singh S. P. (2015). Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: A systematic review. *Psychological Medicine*, 45(11), 2237-2251, <https://doi.org/10.1017/S0033291715000318>
- Sharp C., Vanwoerden S., Wall K. (2018). Adolescence as a sensitive period for the development of personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 669-683. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.004>
- Borghuis J., Denissen J. J., Oberski D., Sijtsma K., Meeus W. H., Branje S., Koot H. M., Bleidorn W. (2017). Big Five personality stability, change, and codevelopment across adolescence and early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 113(4), 641-657, <https://doi.org/10.1037/pspp0000138>
- Brandes C. M., Kushner S. C., Herzhoff K., Tackett J. L. (2020). Facet-level personality development in the transition to adolescence: Maturity, disruption, and gender differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 121, (5), 1095-1111, <https://doi.org/10.1037/pspp0000367>
- Luan Z., Hutteman R., Denissen J. J., Asendorpf J. B., van Aken M. A. (2017). Do you see my growth? Two longitudinal studies on personality development from childhood to young adulthood from multiple perspectives. *Journal of Research in Personality*, 67, 44-60. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.03.004>
- Bleidorn W., Schwaba T., Zheng A., Hopwood C.J., Sosa S., Roberts B.W., Briley D.A. (2022). *Personality stability and change: A meta-analysis of longitudinal studies*. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/bul0000365>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - text revision* (5th ed.).